**Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Mongaguá**

**Diretoria Municipal de Saúde/Epidemiologia e Vigilância Sanitária**

**Processo Seletivo – PS - Edital Nº 02/2021**

**AGENTE DE CONTROLE DE ENDEMIAS**

**ANEXO IV**

 **REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

 **Número de Inscrição**

1. **Dados do candidato (campo a ser preenchido pelo Responsável no Posto de Inscrição)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME COMPLETO:** |  |
| **RG............................................****(Anexar cópia de documento de identidade, oficial, com foto)** | Data de nascimento: ....../...../....... |
| **ENDEREÇO:** | RUA Nº BAIRRO: |
| CIDADE CEP: Telefone: |
| **E-MAIL:** |  |
| **PORTADOR DE SIM DEFICIÊNCIA** **NÃO**  |  Tipo deficiência ...........................................................   Necessita de condições especiais para realizar as provas (Especificar)..................................................................................................................... **(Se necessitar de condição especial, anexar parecer de médico especialista)** |
| **Se é portador de deficiência** **Assinale com X se tem interesse em concorrer às vagas destinadas aos Portadores de Deficiência****(ler atentamente Itens 2 a 3 do Edital)** |   **SIM** **NÃO** |

**2- Tipo de Inscrição**

**A OPÇÃO** MARQUE COM (X) NA DE INSCRIÇÃO DESEJADO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** |  | **AGENTE DE CONTROLE DE ENDEMIAS** |

Declaro ser habilitado, para o tipo de inscrição efetuada neste requerimento, de acordo com as exigências de escolaridade mínima, do Anexo I e Habilitação Específica, de acordo com Quadro de Perfil, Competências e Atribuições do Anexo II. Declaro ter pleno conhecimento das exigências e condições do Edital do Processo Seletivo nº 02/2021, para a função de Agente de Controle de Endemias, da Diretoria da Saúde Pública e aceitar todas as condições e normas nele estabelecidas. ....... . /....../2021. -------------------------------------------------------- **ASSINATURA DO CANDIDATO****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Entrega da doação (ou comprovante de isenção) devidamente entregue.****SIM**  **NÃO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ISENTO** Assinatura do responsável Posto de InscriçãoObs. Se isento de Taxa de Inscrição anexar comprovante de isenção. |   |  |